LELAND STANFORD JR. NOV 16 1895 LIBRARY

Aus der medicinischen Klinik zu Kiel.

Über Nervenkrankheiten nach Unfällen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt von

Wilhelm Schütz,

approb. Arzt aus Neu-Ruppin.

Kiel 1895.

Druck von H. Fiencke.

Aus der medicinischen Klinik zu Kiel.

Über Nervenkrankheiten nach Unfällen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt von

Wilhelm Schütz,

approb. Arzt aus Neu-Ruppin.

Kiel 1895.

Druck von H. Fiencke.

No. 72.

Rectoratsjahr 1894/95.

Referent: Dr. **Quincke.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Quincke,**

z. Z. Decan.

Dem Andenken meines Vaters.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153319_0019

Die Thatsache, dass nach Verletzungen nervöse Störungen mannigfacher Art häufig zur Beobachtung kommen, ist schon seit langer Zeit bekannt, und hat von jeher das Interesse der Ärzte in hohem Maasse in Anspruch genommen, zumal da sich an dieselben nicht selten wichtige forensische Fragen knüpfen. Die ersten Litteraturangaben hierüber liegen aus England vor, und zwar war es Erichsen, der durch seine Veröffentlichungen über den »Railwayspine« die allgemeine Aufmerksamkeit diesem Punkte zuwandte. Indessen seine Ausführungen blieben nicht ohne Widerspruch, besonders die Amerikaner traten ihnen lebhaft entgegen, ja es kam sogar zu einer heftigen litterarischen Fehde über die Sache, ohne dass sie indessen dadurch erheblich gefördert wurde.

In Deutschland wurde erst nach der Herausgabe des Haftpflichtgesetzes im Jahre 1871 dem Gegenstande eine grössere Teilnahme geschenkt, Leiden und Erb waren die ersten, die ihn behandelten. Bei ihnen traten aber wie bei Erichsen die Verletzungen nach Eisenbahnunfällen noch allzusehr in den Vordergrnnd, wiewohl doch letzterer in seiner Casuistik schon eine Anzahl von Fällen anführt, die nach einem Trauma anderer Art ähnliche Symptome wie jene boten. Aus der grossen Zahl späterer Publicationen verdient besonders die Arbeit von Rigler erwähnt zu werden, die sich sehr eingehend mit der praktischen Seite der ganzen Frage beschäftigt.

Erhöhte Bedeutung, und zwar ganz besonders für die Praxis, begannen die Erkrankungen zu gewinnen, als das Unfallsversicherungsgesetz zu Stande gekommen war, und damit eine grosse Anzahl Kranker Ärzten zur Begutachtung überwiesen wurde. Eine geraume Zeit haben die Diskussionen

über die Sache im Vordergrunde des Interesses in ärztlichen Gesellschaften und Zeitschriften gestanden, besonders als sich nach der Veröffentlichung der Monographie Oppenheims, »Über die traumatischen Neurosen«, worin der genannte Autor gewissermassen ein neues Krankheitsbild schuf, eine Anzahl Kliniker und Ärzte von Ruf, unter denen ich nur v. Strümpell nennen will, mit diesen Anschauungen einverstanden erklärte. Lange hat der Streit hin- und hergewogt, ob es gerechtfertigt und nötig sei, die traumatische Neurose als Krankheit sui generis aufzustellen; es ist heute wohl dahin entschieden, dass die Mehrzahl der Beobachter eine solche Notwendigkeit nicht anerkennt. Die teilweise erheblich von einander abweichenden Anschauungen competenter Beobachter wie Schulze, Seligmüller, A. Hoffmann, Hitzig, v. Strümpell, Wernicke, Oppenheim u. a. lassen sich vielleicht darauf zurückführen, dass das Krankheitsbild an den verschiedenen Orten ein verschiedenes und sich nicht in allen Punkten deckendes ist.

Was das Krankheitsbild im allgemeinen betrifft, so setzt sich dasselbe zusammen aus einer Anzahl von Symptomen, die auf durch das Trauma gesetzte organische Veränderungen zurückzuführen sind, und aus solchen, für die jede organische Grundlage vermisst wird, die also rein funktioneller Natur sind. Letztere erstrecken sich nun bisweilen über den ganzen Körper, oder sie haben mehr einen lokalen Charakter; an sich betrachtet bieten sie aber gerade nichts Neues und von dem bisher Bekannten Abweichendes, sondern es ist vielmehr nur die Art, wie sie nebeneinander im Krankheitsbilde vorkommen, und die Mannigfaltigkeit der Gruppierung, die im ersten Augenblick überraschend wirkt. Analysiert man die einzelnen Symptome, so muss man sie zu einem Teil in dem Gebiete der Hysterie und Neurasthenie unterbringen; soweit sie die Psyche betreffen, sind sie wohl meistens von hypochondrischem Charakter, indessen geben Traumen auch zu anderen psychischen Störungen bisweilen die Ursache ab.

Zweck dieser Arbeit ist es nun, die während der letzten neun Jahre in der medicinischen Klinik zu Kiel beobachteten

Erkrankungen nach Unfällen in Bezug auf Symptome, Verlauf, Prognose und Therapie zu betrachten, wobei hinsichtlich des ersten Punktes die sogenannten objektiven Symptome der traumatischen Neurose im Sinne Oppenheims eine besondere Berücksichtigung finden sollen.

Zu bemerken wäre noch, dass die zur Beobachtung gekommenen Fälle mit wenigen Ausnahmen Unfälle im Sinne des Gesetzes sind, und als solche auch begutachtet worden sind.

Der Aetiologie nach lassen sie sich einteilen in solche, wo das Trauma sehr erheblich war und sehr intensiv einwirkte. Hier kann man in der Mehrzahl der Fälle mit Sicherheit auf gröbere organische Veränderungen rechnen und findet sie auch in der That; sie sind bei einer Anzahl sogar die alleinigen zurückgebliebenen Störungen (Fall 7—20 der Tabelle). Bei anderen dagegen findet sich neben ihnen noch eine Reihe funktioneller Symptome, die mindestens den ersteren gleichwertig sind, häufig sogar dem Krankheitsbilde erst sein besonderes Gepräge geben. Letzteres gilt in hervorragendem Maasse von den psychischen Symptomen (Fall 21—40).

Ausser den angeführten Fällen findet sich eine kleine Gruppe, wo die Verletzung an sich sehr gering war, wenn überhaupt eine solche vorhanden, wo lediglich funktionelle Störungen sich vorfinden. (Fall 1—6).

Der Zahl nach kommen auf die I. Gruppe 14 Fälle, auf die II. 20 und auf die III. 6, d. h. ca. $^1/_3$ sämtlicher, Fälle bieten nur Störungen, die auf organischer Basis beruhen, die Hälfte der Erkrankungen haben neben letzteren noch funktionelle Symptome, während ca. $^1/_6$ in der Hauptsache subjektive Erscheinungen zeigen.

Was nun die einzelnen Symptome anbetrifft, so bedürfen alle diejenigen, welche durch organische Veränderungen bedingt, als hinreichend klar und durchsichtig keiner weiteren Besprechung. Die Schwierigkeit der Beurteilung beginnt erst da, wo der Arzt den Boden der Objectivität zu verlassen gezwungen ist und lediglich auf die subjectiven Klagen und Angaben des Patienten angewiesen ist, d. h. bei jenem

Complex funktioneller Symptome, die das Krankheitsbild der sogenannten traumatischen Neurose im Wesentlichen zusammensetzen. Von Anfang an hat man, um sich unabhängig vom Kranken zu machen, der ja natürlich nach Lage der Sache ein grosses Interesse daran hat, sein Leiden im schwärzesten Lichte erscheinen zu lassen, nach objectiven Symptomen gesucht, und es sind von einzelnen Autoren auch eine erhebliche Anzahl solcher beschrieben worden, die sich grösserer oder geringerer allgemeiner Anerkennung zu erfreuen haben. Hierhin sind zu zählen Anomalieen des Gesichtsfeldes und des Farbensinnes sowie der anderen Sinnesorgane, Parästhesieen und Sensibilitätsstörungen, motorische Reizerscheinungen wie Zittern, Schwindel, charakteristische Sprachveränderungen, Anomalieen des Schlafes und Symptome seitens der Psyche. Wenn das Mannkopfsche Symptom noch hinzukommt, so dürften die wichtigsten derselben wohl angeführt sein.

Was zunächst das Letztere angeht, so ist dasselbe nicht zur Beobachtung gekommen; nur bei Fall 33 findet sich die Bemerkung, dass der Pt. bei der Untersuchung immer sehr erregt gewesen sei und eine auffallend hohe Pulsfrequenz (112) gehabt habe.

Concentrische Einengung des Gesichtsfeldes und gestörter Farbensinn[1]), die nach einigen Autoren (Oppenheim, Wilbrand u. a.) mit ziemlicher Stetigkeit vorhanden sein sollen, finden sich nur bei 3 Fällen (Fall 28, 33, 34). Bei dem ersten (28) findet sich beiderseits eine concentrische Einengung des Gesichtsfeldes und ein Centralskotom für Grün, Rot, Gelb und Blau; beim zweiten (33) eine Herabsetzung der Sehschärfe auf $^{8}/_{12}$ und ein Centralskotom für Grün, bei beiden aber fand sich auch gleichzeitig eine beginnende Atrophie der Papille, sodass also wohl eine organische Grundlage für den Befund vorhanden ist. Beim dritten Fall (34) handelt es sich um eine unvollkommene Rotgrünblindheit bei sonst normalem Augenbefund. Übrigens wird der Wert

---

[1]) Sämtliche Augenuntersuchungen sind in der hiesigen Augenklinik ausgeführt worden, und zwar ist meist mehrmals untersucht worden.

dieser Symptome von anderer Seite bestritten, indem dagegen eingewendet wird, dass beide suggerirbar seien und ausserdem nur selten vorkämen.

Schmerzen der verschiedensten Art und an den verschiedensten Orten finden sich in fast allen Fällen, ohne dass sie jedoch einen specifischen Charakter hätten. Wenn sie auch bei der grössten Zahl der Patienten sich unzweifelhaft auf pathologisch-anatomische Veränderungen beziehen lassen, so bleibt doch ein Bruchteil übrig, wo ihre rein psychische Natur kaum zu bezweifeln ist, so z. B. dürften in den Fällen 1, 2, 4 und 6 die durch Trauma gesetzten organischen Schädigungen kaum aetiologisch in Betracht kommen. Nicht ganz selten treten sie anfallsweise auf und gingen dann mit Schwindel, Zittern und Flimmern vor den Augen bisweilen einher; das Bewusstsein blieb meistens erhalten. Was den Ort anbetrifft, so werden sie in vielen Fällen an der Stelle, wo das Trauma einwirkt, lokalisirt, jedoch keineswegs immer, besonders Kopfschmerzen kommen nach allen möglichen Verletzungen vor. Bei Leber- und Lungenverletzung werden sie in die untere Sternalgegend verlegt. Sehr häufig wird angegeben, dass sie sich bei Bewegungen, beim Bücken, bei Lokalisation in die Brust auch bei der Inspiration verschlimmern. Nach Erschütterungen des ganzen Körpers wird nicht selten die Wirbelsäule als Ort der Schmerzen bezeichnet: hier haben sie manchmal die unangenehme Folge, dass die Beweglichkeit, besonders der Beine, dadurch eingeschränkt wird.

Parästhesieen und Sensibilitätsstörungen gehören zu den häufigeren Klagen. Letztere treten im allgemeinen nur wenig im Krankheitsbilde hervor; sie werden bei unseren Fällen nur in der Form der Hyperästhesie beobachtet, und zwar meist als circumscripte Schmerzstellen. Analgesieen und halbseitige Störungen, wie sie bei der Hystesie vorkommen, finden sich nicht in den Krankengeschichten; die andern Empfindungsqualitäten treten ganz in den Hintergrund. Parästhesieen im Gebiete der Sinnesorgane sind am häufigsten als Flimmern vor den Augen; Ohr, Geruch und Geschmack blieben frei. Abnorme Sensationen der Haut und auch der

tieferen Teile scheinen insofern bei einigen Kranken eine nicht unwesentliche Rolle zu spielen, als sie gewissermassen den Nährboden und die Grundlage für die Grübeleien derselben bilden und diesen häufig eine bestimmte Richtung geben. Auffallend war dies besonders bei dem Pt. Jürgensen (Fall 37), der sich in Folge seiner abnormen Gefühle im Kopf in allerlei dunklen Reflexionen über den Sitz des Gehirnes und über die Beziehung desselben zu seiner Krankheit erging.

Motilitätsstörungen in Form vollständiger Lähmungen auf funktioneller Basis sind nicht beobachtet worden. In einem Teil der Fälle sind die Leistungen auf diesem Gebiet herabgesetzt durch eine allgemeine Mattigkeit und Körperschwäche, die dem Patienten jede anhaltendere Beschäftigung auch leichterer Art unmöglich machten; bei diesen Kranken herrschten meist neurasthenische Erscheinungen vor. Bei einem anderen Teil störten besonders die Schmerzen, die dabei, wie schon erwähnt, gewöhnlich in die Wirbelsäule verlegt werden. In einigen Fällen war eine Gehstörung spastischparetischer Art vorhanden, die der von Oppenheim geschilderten ähnlich ist. Das Gehen machte den Patienten dabei offenbar starke Beschwerden, der Kopf und Oberkörper wurden nach vorn übergeneigt, während bie Rückenmuskulatur angespannt wurde. Die grobe Kraft war bald völlig erhalten, bald ein wenig herabgesetzt.

Zittern, das meist die Extremitäten betraf, bildet eine häufige Krankheitserscheinung; bisweilen zitterte auch der Kopf oder der ganze Körper, dann gewöhnlich erheblich mehr bei Bewegungen. In einem Falle konnte man es stets auch durch Druck auf die schmerzhafte Lendenwirbelsäule hervorrufen. Seine Bedeutung für die Diagnostik ist wohl nicht so ganz zu unterschätzen, da es auf die Dauer nur sehr schwer zu simuliren ist, vorausgesetzt, dass andere Ursachen, besonders der Alkohol, sicher auszuschliessen sind.

Epileptiforme Anfälle mit Bewusstseinsverlust finden sich nur bei den Kranken Rose (F. 2) und Schröter (F. 28). Erstere erhielt einen Schlag gegen die Ellenbogenbeuge, letzterer erlitt eine Quetschung der Halswirbelsäule. Der erstere Fall ist noch insofern interessant, als die Pt. schon

mehrfach nach äusseren Anlässen derartige Anfälle bekommen hat, zum ersten Mal im 12. Jahre nach einem Schreck, und dann im 17. Jahre nach einer geringfügigen Verletzung. Beide Male verloren sich die Anfälle spontan und sind auch dieses Mal wieder verschwunden.

Die Reflexe waren in vielen Fällen nicht verändert, waren sie es, so bestand eine gesteigerte Reflexerregbarkeit, ein Fehlen derselben wurde nicht beobachtet. Übrigens waren da, wo erhebliche Abweichungen von der Norm sich zeigten, organische Veränderung zur Erklärung genügend vorhanden.

Über Schwindel wurde ziemlich häufig geklagt, meist mit der Angabe, beim Bücken und bei Bewegungen nehme er an Stärke zu; auch abnorme Sensationen in der Magen- und Herzgegend sowie Flimmern vor den Augen waren damit verbunden.

Die Störungen des Schlafes, die Anomalieen der übrigen Hirnnerven und der Sprache sowie die trophischen Störungen boten der Diagnose in unseren Fällen kaum Stützpunkte. Über Blasen-, Mastdarm- und Geschlechtsfunktionen lässt sich ebenfalls kaum etwas Allgemeines sagen. Bei einem Fall (21) bestand im wesentlichen eine Neurose der Blase mit erheblichen Störungen der Urinentleerung.

Am meisten charakteristisch für eine ganze Anzahl Kranker sind die Erscheinungen seitens der Psyche. Diese sind meist nicht gleich nach dem Unfall vorhanden, sondern stellen sich oft erst eine geraume Zeit später ein; sie beginnen gewöhnlich so allmählig, dass die ersten Anfänge ganz unbeachtet bleiben. Vor kommen sie sowohl nach ganz leichten wie nach den schwersten Traumen, nach lokalen wie nach allgemeinen Erschütterungen. Die Patienten sitzen in gedrückter Haltung da, ohne Teilnahme an der Umgebung oder an ihren Angehörigen zu nehmen; sie sind ganz versunken in ihre Grübeleien, die meist den erlittenen Unfall und seine möglichen Folgen, häufig aber auch allerlei abnorme Sensationen im Körper zum Inhalt haben, dabei ist ihre Reaktion auf äussere Reize meist eine ungewöhnlich intensive. Ihre Stimmung ist trübe, stets ist ihr Gemüt im

labilen Gleichgewicht, bei ganz geringfügigen Anlässen fangen sie an zu weinen; ein Umschlag nach der andern Seite hin ist selten. Diese Anomalien der Stimmung können sich bis zum Taedium vitae steigern, bei zweien unserer Fälle kam es auch nach der Entlassung zum Selbstmord.

Häufig sind Klagen über Gedächtnisschwäche, während Intelligenzstörungen doch zu den Seltenheiten gehören; indessen laufen bei diesen Individuen alle geistigen Vorgänge nur langsam ab und beim Versuch geistig thätig zu sein, z. B. zu lesen, tritt meist rasch Ermüdung ein. Wirkliche Psychosen kamen zweimal zur Beobachtung, in einem Fall handelte es sich um eine Dementia paralytica, die durch eine Pachymeningitis hämorrhagica complicirt war.

Von grosser Wichtigkeit wäre es, im einzelnen Falle etwas über den Zustand des Nervensystems vor dem Unfall zu wissen. Bei der Häufigkeit krankhafter Veränderungen desselben — man denke nur an die Schädigungen des chronischen Alkoholgenusses, der an sich ja schon Störungen ganz ähnlicher Art hervorbringen kann — wäre durch eine solche Kenntnis für die Beurteilung viel gewonnen. Sicher werden nicht selten dem erlittenen Trauma Dinge auf Rechnung gesetzt, die schon vorher bestanden haben, sei es nun, dass sie der Patient absichtlich verheimlicht hat, sei es, dass er sie vorher selbst garnicht bemerkt hat, und dass sie erst bei einer eingehenden Untersuchung ihm zum Bewusstsein kommen. Nicht jede Disciplin ist hier in der glücklichen Lage der Ophthalmologie, die mit Leichtigkeit in der grossen Mehrzahl der Fälle objectiv nachweisen kann, was früher schon war, und was frisch dazugekommen ist. Leider lässt die Anamnese bei diesen Punkten recht oft im Stich.

Bei der Subjectivität vieler Symptome steht natürlich der Simulation und Übertreibung ein weites Feld offen, und kommt auch unzweifelhaft vor. Es ist viel über ihre Häufigkeit gestritten worden, und die Ansichten darüber gehen teilweise weit auseinander. In unsern Fällen war reine Simulation selten, bei einem Patienten war sie sicher nachgewiesen, bei einem andern wahrscheinlich; häufiger war dagegen starke Übertreibung, von der geringere Grade wohl

noch öfter verzeichnet wären, wenn sie sich nicht dem Nachweis entzögen.

Was den Verlauf der Erkrankungen und ihre Prognose angeht, so trat einmal der Exitus ein (Fall 38. Dementia paralytica. Pachymeningitis haemorrhagica), fünf wurden definitiv geheilt, ungeheilt blieben 13. Als gebessert wurden 20 entlassen, bei 3 davon war aber die Besserung nur eine sehr geringe. Unter den Geheilten waren einige, die die Symptome der Neurose recht ausgesprochen zeigten; auch beim Patienten Koop (Fall 5), der nur als gebessert bezeichnet werden kann, weil die von den mehrfachen Apoplexieen herrührenden Lähmungen natürlich nicht völlig verschwunden sind, befindet sich im Schlussstatus die Bemerkung, dass besonders die psychischen Erscheinungen geschwunden sind. Die Prognose ist also quo ad valetudinem completam, wie dies ja bei den meisten Neurosen zu sein pflegt, im einzelnen Falle immer eine zweifelhafte, um so zweifelhafter wohl, je älter der Fall ist und je intensiver die vorhandenen Störungen sind; ganz so ungünstig, wie Oppenheim meint, ist sie aber doch wohl nicht. Nach letzterem Autor sollen besonders die mit Epilepsie complicierten Fälle prognostisch ungünstig sein; auch ein solcher (Fall 2) ist zur Heilung gekommen. Der Tod tritt wohl meist durch intercurrente Krankheiten ein, abgesehen von den doch nicht so ganz seltenen Fällen von Selbstmord.

Die eingeleitete Therapie war entsprechend der Mannigfaltigkeit der Symptome eine sehr verschiedene. Abgesehen von der Behandlung der organischen Veränderungen trat bald mehr die psychische, die allgemeine oder lokale in den Vordergrund.

Die psychische Behandlung bestand in Ermunterung und Sorge für Zerstreuung. In letzterer Beziehung hat sich die Beschäftigung der Kranken mit leichten Hausarbeiten besonders bewährt, die sie doch wenigstens auf einige Zeit ihren Grübeleien entzog. Es dürfte sich überhaupt empfehlen, möglichst bald die Wiederaufnahme der gewohnten Arbeit anzuraten, vorausgesetzt, dass sonst die Umstände dies gestatten, was ja leider häufig nicht der Fall; ebenso wäre vom

ärztlichen Standpunkt aus eine baldige Regelung der Entschädigungsansprüche sehr erwünscht, da die damit verbundenen Aufregungen sicher nachteilig auf das schon gestörte psychische Gleichgewicht einwirken.

Die Allgemeinbehandlung bestand in roborirender Diät, kalten Abreibungen, Bädern, Massage und der Applikation des elektrischen Stromes in faradischer und galvanischer Form; ausserdem wurden die Pt. zu systematischen Körperübungen angehalten. Innerlich wurden meist Tonica und je nach Bedürfnis Stomachica etc. gegeben. Lokal hatten bisweilen gute Erfolge Blutentziehung durch Blutegel und Schröpfköpfe, sowie Derivantien. Letztere wurden auf dem Scheitel als Ung. tart. stib. längs der Wirbelsäule als fliegende Vesikatore und Ferrum candens angewendet. Sonst kamen noch in Betracht Massage, Elektricität und an den Extremitäten methodische Bewegungen.

Unter den mit Derivantien behandelten waren einige sehr hartnäckige Fälle, die auffallend gut dadurch beeinflusst wurden; so z. B. die Blasenneurose (F. 31) durch Application des Ferrum candens längs der Lendenwirbelsäule, dann die Fälle Jürgensen (37) durch fliegende Vesikatore und Koop (6) durch Tartarussalbe. Blutegel bewährten sich besonders bei sehr schmerzhaften Narben (F. 9) und umschriebenen Schmerzstellen (F. 5. 3).

Zum Schlusse erfülle ich gern die angenehme Pfiicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimen Medicinalrath Prof. Dr. Quincke für die gütige Überlassung des Materials dieser Arbeit, sowie Herrn Privatdocent Dr. Hochhaus für die freundliche Unterstützung bei der Abfassung derselben verbindlichst zu danken.

No.	Name.	Art des Trauma.	Directe Folgen desselben.	Störungen der Psyche und Intelligenz.	Schwindel.	Schlaf.	Anomalieen der Sensibilität	der Sinnesorgane.	Motilität	Verhalten der Reflexe und Sehnenphänomene.	Sprache.	Anderweitige Störungen im Gebiete der Hirnnerven.	Trophische Störungen.	Verdauungs und Ernährungs-Zustand.	Blasen-, Mastdarm- und Geschlechts-funktionen.	Chronische Intoxicationen. Erbliche Belastung bezw. früher schon vorhandene Nervenkrankheiten.	Simulation und Aggravation.	Erfolg der Behandlung	Therapie.	Bemerkungen.
1.	Dierks, Gustav, Weichensteller. 42 J.	Fall auf d. linke Knie aus 1 m Höhe.	Keine besonderen Folgen.	Ausgesprochener Neurastheniker. Sehr grosse allgemeine Reizbarkeit.			Umschriebene Schmerzpunkte an der Vorder- und Hinterseite des linken Knie's, Lenden und Halswirbelsäule bes. bei Bewegungen schmerzhaft.		Allgemeine Schwäche.	Nicht verändert.				Gutgenährter Mann mit stark entwickelter, aber schlaffer Musculatur. Mangelhafter Appetit.				Erheblich gebessert.	Faradisation der Beine. Kalte Abreibungen. Übungen am Ergostaten. Psychische Ermunterung. Innnerlich Chinineisenpillen.	Unfall.
2.	Rose, Bertha. Dienstmagd. 22 J.	Pt. erhielt einen Schlag gegen die linke Ellenbogenbeuge von der Welle eines Ziehbrunnens.	Fleischwunde von ca. 5 cm Länge.	Stimmung der Pt. sehr wechselnd, bald zum Lachen, bald zum Weinen geneigt; Letzteres ist häufiger der Fall. Intelligenz ist nicht gestört.			Anfallsweise Schmerzen in der linken Kopf- und Rumpfseite, sowie in der Herz- und Blasengegend. Nirgends ein objectiver Befund.	Keine Abnormitäten im Augenbefund.	Motorische Kraft in beiden linken Extremitäten herabgesetzt. Beständige Zuckungen darin, die aber im Arm wesentlich stärker sind. Vereinzelt auch Zuckungen im Gesicht und in der Zunge, sehr selten in der rechten Hand. Epileptiforme Anfälle mit Bewusstlosigkeit.	Reflexe nicht verändert.				Ziemlich gutgenährtes, kräftiges Mädchen.		Im 12. Jahre nach einem Schreck epileptiforme Anfälle mit Bewusstlosigkeit, die eine Zeitlang wiederkehrten und dann spontan verschwanden. Im 17. Jahre nach einem kleinen Trauma wieder ein Krampfanfall.		Geheilt.	Innerlich: Tct Valerian.aeth. Acid. arsen. Schröpfköpfe in den Nacken, Turnen, Bäder, kalte Abreibungen.	Unfall.
3.	Duggen, Anna, Landmannstochter. 17 J.	Contusion der Bauchmuskeln durch eine zerbrochene Corsettstange.	Keine weiteren Folgen.				Schmerzen an einer vom linken Rippenbogen bis in die Axillarlinie reichenden umschriebenen Stelle, die bei Bewegungen so stark werden, dass sie Pt. an jeder Arbeit hindern.							Gut genährtes, kräftig gebautes Mädchen.				Gebessert.	3 Blutegel auf die schmerzende Stelle, Pinselung ders. mit Jodtinctur. Bäder. Tonica.	Kein Unfall.
4.	Willisen, Anna, Dienstmagd. 39 J.	Fall von einem Stapel Bretter und zwar so, dass Pt. sich erst noch an einem Querbalken festhielt und dann auf beide Ellenbogen fiel.	Stossweise krampfhafte Schmerzen im ganzen Körper, besonders in den Oberarmen und Schultern.	Hypochondrische Gemütsstimmung. Pt. ist sehr leicht erregbar.			Schmerzen im rechten Arm und Schulter, besonders bei Bewegungen, die ausstrahlen nach Kopf und Brust. Gelenk- u. Oberarmgegend druckempfindlich. Parästhesieen in der Magengegend, in Brust u. Rücken.		Allgemeine Schwäche.								Pt. übertreibt.	Gebessert	Elektricität. Kalte Abreibungen. Turnerische Übungen. Angehalten zu leichten Hausarbeiten.	Unfall.

No.	Name.	Art des Trauma.	Directe Folgen desselben.	Störungen der Psyche und Intelligenz.	Schwindel.	Schlaf.	Anomalieen der Sensibilität.	Anomalieen der Sinnesorgane.	Motilität.	Verhalten der Reflexe und Sehnenphänomene.	Sprache.	Anderweitige Störungen im Gebiete der Hirnnerven.	Trophische Störungen.	Verdauungs- und Ernährungs-Zustand.	Blasen-, Mastdarm- und Geschlechtsfunktionen.	Chronische Intoxicationen. Erbliche Belastung bezw. früher schon vorhandene Nervenkrankheiten.	Simulation und Aggravation.	Erfolg der Behandlung.	Therapie	Bemerkungen.
5.	Grabbe, Anna, Dienstmagd. 15 J.	Nach Aufwinden eines schweren Eimer Wassers aus einem Ziehbrunnen plötzlich Schmerzen in der Mitte des rechten Oberarmes.	Fehlen jeglicher äusseren Verletzung.				Umschriebene Schmerzstelle in der Nähe einer alten Operationswunde auf der Streckseite des rechten Oberarms 4 Fingerbreit über der Ellenbogenbeuge. Bewegungen des Armes sind schmerzlos.							Sehr mangelhafte Allgemeinentwicklung.				Geheilt.	3 Blutegel auf die schmerzende Stelle. Galvanisation derselben.	Unfall.
6.	Koop, Wilhelm, Schiffszimmermann. 49 J.	Stoss mit dem Kopf gegen einen Balken.	Bald vorübergehendes Schwindelgefühl. Kopfschmerzen.	Geistige Trägheit und Gedächtnisschwäche.	Starker Schwindel.				Vollkommene Lähmung des linken Unterarmes und der Hand, geringe Lähmung des Oberarmes, der Schultermuskeln und der linken unteren Gesichtshälfte. Parese des linken Beines, das beim Gehen nachgeschleppt wird.	Patellarreflex links erhöht, deutlicher Fussklonus. Die Sehnenreflexe am linken Arm stark erhöht. Pupillen gleichweit, reagiren gut.		Leichte Parese des linken Facialis.		Kräftiger, sehr fetter Mann.				Gebessert, bes. die Symptome seitens der Psyche sind zurückgegangen.	Ableitung mit Tartarus stib. Faradisation des gelähmten Armes. Bäder.	Nach dem Unfall zweimal Apoplexie, welche die linke Körperseite lähmte.
7.	Bünner, Christian, Arbeiter. 31 J.	Beim Heben eines schweren Rieselwassertroges blieb Pt. im sumpfigen Boden stecken und verdrehte sich das rechte Bein.	Sofort sehr starker Schmerz in der rechten Gesässseite.	Pt. giebt sich seinem Leiden sehr hin.			Schmerzpunkt medial vom R. Trochanter. Bei Bewegungen Schmerzen längs der ganzen Hinterseite des rechten Beines.		Infolge der Schmerzen ist die Motilität des rechten Beines stark beeinträchtigt; seine motorische Kraft ist etwas herabgesetzt.				Geringe Atrophie des rechten Beines.	Mässiger Ernährungszustand.			Übertreibung nicht sicher auszuschliessen.	Sehr geringe Besserung.	Natr. salic. Feuchte Einwickelung des Beines. Dehnung d. Ischiadicus in Narkose. Übungen am Ergostaten. Massage, methodische Gehübungen. Schwitzbett. Farad. Pinsel Abführkur. Innerlich dabei Kal. jod.	Unfall.
8.	Rosenthal, Ernst, Seemann. 35 J.	Fall auf die rechte Beckenseite auf ein eisernes Schiffsdeck.	Keine bes. Folgen.				Starke Schmerzhaftigkeit des rechten Beines bei Bewegungen. Druckpunkte an der Austrittsstelle des Ischiadicus und in der Kniekehle.		Aktive und passive Beweglichkeit des rechten Beines durch die Schmerzen sehr beeinträchtigt.				Muskulatur des rechten Unterschenkels etwas atrophisch.					Gebessert entlassen. Die Besserung hat draussen noch erheblich zugenommen.	Feuchte Einwickelung des Beines. Schwitzbäder. Natr. salic. Galvanisation des Ischiadicus.	Unfall.

No.	Name.	Art des Trauma.	Directe Folgen desselben.	Störungen der Psyche und Intelligenz.	Schwindel.	Schlaf.	Anomalieen der Sensibilität. der Sinnesorgane.	Motilität.	Verhalten der Reflexe und Schnenphänomene.	Sprache.	Anderweitige Störungen im Gebiete der Hirnnerven.	Trophische Störungen.	Verdauungs- und Ernährungs-Zustand.	Blasen-, Mastdarm- und Geschlechts-funktionen.	Chronische Intoxicationen. Erbliche Belastung bezw. früher schon vorhandene Nervenkrankheiten.	Simulation und Aggravation.	Erfolg der Behandlung.	Therapie.	Bemerkungen.
9.	Rohde, Carl, Arbeiter. 26. J.	Fall von einer Leiter auf Hinterkopf und Schultern.	Keine bes. Folgen.				Beständige, an Intensität wechselnde Schmerzen im Hinterkopf, die bei Bewegungen zunehmen. Kleine Narbe am Hinterkopf schmerzhaft.										Gebessert.	Blutegel auf die schmerzende Narbe (guter Erfolg). Ableitung mit Tartar. stib. auf dem Scheitel. Vesikatore in den Nacken. Bäder. Massage. Innerlich: Natr. salic. Kal. jod.	Unfall.
10.	Belkin, Christian, Tischler. 56 J.	Pt., auf einer Leiter stehend, fiel mit derselben um und schlug beim Fallen mit dem rechten Ellenbogen auf eine eiserne Kante auf.	Kleine Wunde auf der Streckseite des rechten Armes und Abschürfung daselbst.				Parästhesieen in der Ulnarseite der rechten Hand, Herabsetzung der Sensibilität daselbst bis zum Handgelenk. Druckschmerzhaftigkeit des Ulnaris bis zum Ellenbogen.	Herabsetzung der motorischen Kraft des rechten Armes und der Hand.				Atrophie der vom Ulnaris versorgten Handmuskeln. Herabsetzung ihrer elektrischen Erregbarkeit.			Chronischer Alkoholismus. Delirium alkoholikum.		Gebessert.	Galvanisation und Faradisation des Armes. Metodische Bewegungsübungen und Massage.	Unfall.
11.	Nürnberg, Johanna, Dienstmagd. 17 J.	Fall auf den Hinterkopf bei Glatteis (auf Steinpflaster).	Etwa 2 Stunden bewusstlos gewesen, beim Aufstehen dann starker Schwindel. Schmerzen im Hinterkopf und Blutungen in das untere linke Augenlied. In den nächsten Tagen öfter erbrochen. Unvollständige Lähmung der rechten Körperseite.				Nach vorn ausstrahlende Schmerzen im Hinterkopf. Schmerzen im rechten Bein. Herabsetzung der Sensibilität an beiden rechten Extremitäten.	Erhebliche Schwäche im rechten Arm und Bein, dieses wird beim Gehen nachgeschleppt.	Pupillen beiderseits gleich weit. Reflexe nicht verändert.			Gut genährtes kräftiges Mädchen.			Keine Simulation.	Gebessert.	Tct. Strychn. Turnen. Bäder.	Unfall.
12.	Caro, Carl, Arbeiter. 31 J.	Beladen mit einem ca. 200 ℔ schweren Sack glitt Pt. auf einer Treppe aus; er fiel aber nicht, sondern parirte den Stoss, wurde aber dabei nach links herum gerissen.	Schmerzen in der rechten Hüftgegend.				Bei Bewegungen Schmerzen im rechten Oberschenkel, die nach dem Unterschenkel hin ausstrahlen.											Pt. wurde auf die chirurgische Klinik verlegt.	Unfall.

No.	Name.	Art des Trauma.	Directe Folgen desselben.	Störungen der Psyche und Intelligenz.	Schwindel.	Schlaf.	Anomalieen der Sensibilität.	Anomalieen der Sinnesorgane.	Motilität.	Verhalten der Reflexe und Sehnenphänomene.	Sprache.	Anderweitige Störungen im Gebiete der Hirnnerven.	Trophische Störungen.	Verdauungs- und Ernährungs-Zustand.	Blasen-, Mastdarm- und Geschlechts-functionen.	Chronische Intoxicationen. Erbliche Belastung bezw. früher schon vorhandene Nervenkrankheiten.	Simulation und Aggravation.	Erfolg der Behandlung.	Therapie.	Bemerkungen.
13.	Willer, Johannes, Arbeiter. 42 J.	Bei der Explosion einer Centrifuge flog Pt. ein Stück Eisen gegen den Rücken.	Weichteilverletzung. Ca. 1/4 Stunde bewusstlos gewesen.				Schmerzen im Rücken, auf Druck auch in der Lendenwirbelsäule. Gefühl überall normal.		Schwäche in den Beinen, die nach längerem Sitzen und Gehen zunimmt. Nach allen etwas anstrengenden Bewegungen allgemeines Zittern, das sich auch durch kräftigen Druck auf die Lendenwirbel hervorrufen lässt. Grosse Unsicherheit beim Stehen und Gehen mit geschlossenen Augen. Mühsamer Gang mit vorgestrecktem Oberkörper bei angespannter Rückenmuskulatur. Grobe Kraft herabgesetzt.	Erhöhung der Sehnenreflexe beider Unterextremitäten, links etwas mehr wie rechts. Andeutung von Fussklonus. Muskeldehnungsreflexe stärker als die Perkussionsreflexe.			Muskulatur des linken Beines schlaffer als die des rechten.	Grosser, ziemlich magerer Mann mit gut entwickelter Muskulatur.				Ungeheilt.	Bäder. Blutegel auf die schmerzenden Stellen.	Unfall.
14.	Glöh, Christian, Bauarbeiter. 41 J.	Sturz von einem beladenen Heuwagen, zuerst mit den Händen, dann mit dem Kopf aufgeschlagen.	Ca. 1 Stunde post trauma bewusstlos gewesen, sonst keine bes. Folgen.				Stämme des Plexus brachialis dexter druckschmerzhaft.		Herabsetzung der motorischen Kraft des rechten Armes und des Deltoideus.				Atrophie der Muskulatur des rechten Armes.					Geheilt.	Massage. Galvanisation Übungen. 3 Blutegel.	Unfall.
15.	Kaczensky, Friedrich, Arbeiter. 30 J.	Sturz von einer Lowry. Pt. wurde von ders. überfahren und zwar ging die Lowry über seinen Rücken, während er mit dem Bauche auf den Schienen lag.	Bewusstlosigkeit. Fraktur der 8. und 9. rechten Rippe. Contusion des linken Fussgelenkes. Commotio medullae spinalis.				Schmerzen in der Gegend des rechten Rippenbogens und der Lendenwirbel. Taubes Gefühl in den untern Extremitäten, Sensibilität dort bis zur Leistenbeuge herabges., bes. rechts. Schmerzen im linken Fussgelenk. Temperaturgefühl nur bis zum oberen Drittel des Oberschenkels herabgesetzt.		Beim Gehen Zittern in den Extremitäten, mit dem rechten Bein wird jedesmal nur ein kleiner Schritt gemacht. Motorische Kraft dess. gut.	Kein Fussklonus. Kitzelreflex und Patellarreflexe erhöht. Pupillen normal.					Urin entleerung erschwert.			Gebessert.	Innerlich Kal. jod. Lokal blutige Schröpfköpfe, Blutegel, Eis, Kühlschlange. Methodische Bewegungen der Beine, Bäder. dabei Bettruhe.	Unfall.
16.	Stapelfeld, Claus, Arbeiter. 38 J.	Fall auf die Füsse von einem 10 Fuss hohen Gerüst, dann nach hinten überschlagen.	Lähmung sämtlicher Extremitäten mit starker Beeinträchtigung der Sensibilität.				Parästhesien in den Beinen, daselbst ist das Tastgefühl herabgesetzt. Klagen über Schmerzen im Rücken und Schwäche beim Gehen.	Ausser geringer Hp. normaler Augenbefund. Flimmern vor den Augen.	Geringe Unsicherheit beim Gehen und Stehen mit geschlossenen Augen.			Doppelseitige Abducensparese.					Geheilt.	Bäder. Kal. jod.	Unfall.

No.	Name.	Art des Trauma.	Directe Folgen desselben.	Störungen der Psyche und Intelligenz.	Schwindel.	Schlaf.	Anomalieen. der Sensibilität.	Anomalieen. der Sinnesorgane.	Motilität.	Verhalten der Reflexe und Sehnenphänomene.	Sprache.	Anderweitige Störungen im Gebiete der Hirnnerven.	Trophische Störungen.	Verdauungs- und Ernährungs-Zustand.	Blasen-, Mastdarm- und Geschlechts-funktionen.	Chronische Intoxicationen. Erbliche Belastung bezw. früher schon vorhandene Nervenkrankheiten.	Simulation und Aggravation.	Erfolg der Behandlung.	Therapie.	Bemerkungen.
17.	Miethe, Robert, Schiffszimmermann. 42 J.	Pt. fiel mit einem soeben ausgelösten Telegraphenstellungspfahl um und fiel aus einer Höhe von ca. 29 Fuss herab. Ungefähr 9 Fuss über dem Boden schlug er noch auf einen festen Gegenstand auf.	Fraktur des rechten Oberschenkels.					Ohrensausen (objectiver Befund).	Pt. bewegt sich auf 2 Krücken mühsam vorwärts. Schwäche des rechten Beines.								Pt. übertreibt sehr und ist wenig geneigt sein Bein zu gebrauchen.	Gebessert.	Douchen und fleissige Übung des Beines.	Unfall.
18.	Petersen, Julius, Steuermann. 25 J.	Pt. geriet zwischen die Wellen einer Dampfwinde und wurde mehrmals dazwischen hin- und hergezogen.	Keine Bewusstlosigkeit. Quetschung des linken Ischiadicus und der hinteren Oberschenkelmuskeln.				Sensibilität auf den l. Fussrücken stark herabgesetzt, etwas weniger auf der Fusssohle und an der Hinter- und Aussenseite des Unterschenkels. Die Abschwächung erstreckt sich auf alle Empfindungsqualitäten und das Temperaturgefühl. Lagegefühl auch etwas gestört.	Augenbefund normal.	Hinken mit dem linken Bein, geringe Herabsetzung seiner motorischen Kraft. Keine Coordinationsstörung. Die elektrische Erregbarkeit der Wadenmuskulatur ist etwas vermindert.	Reflexe nicht verändert.			Geringe Atrophie des linken Beines.					Gebessert.	Kal. jod. Massage des Beines. Pinselung mit Tct. Jodi. Faradisation u. Galvanisation. Einwicklung des Beines mit Flanellbinden. Bäder.	Unfall.
19.	Rolfs, Hans, Arbeiter. 28 J.	Fall aus einem Fahrstuhl auf eine 100 Fuss darunter gelegene Diele.	Ca. 1 Stunde bewusstlos. Keine Fraktur oder offene Wunde, sondern nur Contusionen auf dem Rücken, am r. Arm u. r. Bauchseite. Beim Erwachen heftige Schmerzen in der Gegend der Leber und r. Niere. Pt. konnte nur den linken Arm und Kopf bewegen; die anderen Extremitäten waren gelähmt. Wasserlassen sehr schmerzhaft.				In der Gegend der unteren Brust- und Lendenwirbelsäule beständige Schmerzen, die nach rechts bis in Höhe des 6. Brustwirbels ausstrahlen. Sensibilität nicht gestört.		Grobe Kraft der Beine völlig erhalten, alle Bewegungen sind aber wegen der sofort auftretenden starken Schmerzen wenig ausgiebig. Beim Gehen hat Pt. das Gefühl, als ob er jeden Augenblick zusammenstürzen müsste.	Sehr lebhafte Patellarreflexe. Fussklonus.				Stuhlgang und Wasserlassen ohne Anomalieen.			Ungeheilt.	Tonica. Übungen am Ergostaten. Suspension. Cauterisation längs der Wirbelsäule.	Unfall.
20.	Brix, Carl, Arbeiter. 34 J.	Pt. wurde durch Teile eines zusammenbrechenden Eisschuppens an Kopf und Beinen verletzt.	Angeblich 3 Tage lang bewusstlos gewesen. Weitere Angaben fehlen.	Geistig ziemlich beschränktes Individuum.	Schwindel im Kopf beim Bücken und bei Bewegungen.		Klagen über Kopf- und Kreuzschmerzen.		Verminderte Beweglichkeit im l. Kniegelenk in Folge alter Osteomyelitis. Zittern der Extremitäten bei Bewegungen, Unsicherheit beim Stehen und Gehen, bes. wenn die Augen geschlossen werden, oder Pt. gegen die Decke sieht; doch macht alles dies den Eindruck des Absichtlichen. Sobald Pt. sich unbeobachtet glaubt, bewegt er sich besser.							Simulant.	Ungeheilt.		Nicht behandelt, nur beobachtet.

No.	Name.	Art des Trauma.	Directe Folgen desselben.	Störungen der Psyche und Intelligenz.	Schwindel.	Schlaf.	Anomalieen der Sensibilität.	Anomalieen der Sinnesorgane.	Motilität.	Verhalten der Reflexe und Sehnenphänomene.	Sprache.	Anderweitige Störungen im Gebiete der Hirnnerven.	Trophische Störungen.	Verdauungs- und Ernährungs-Zustand.	Blasen-, Mastdarm- und Geschlechtsfunktionen.	Chronische Intoxicationen. Erbliche Belastung bezw. früher schon vorhandene Nervenkrankheiten.	Simulation und Aggravation.	Erfolg der Behandlung.	Therapie.	Bemerkungen.
21.	Dilbenz, Adolf, Arbeiter. 59 J.	Pt. fiel von einer bergab fahrenden Lowry, wurde von ihr und 3 nachfolgenden überfahren und erhielt ausserdem von dem vorgespannten Pferde einen Hufschlag gegen den Kopf.	Multiple Quetschungen und verschiedene Fleischwunden.	Sehr leicht erregbar, Neurastheniker.			Druckempfindlichkeit der unteren Wirbelsäule und des rechten Ischiadicus bis zur Kniekehle; bisweilen spontan Schmerzen in genannten Teilen. Parästhesien in den Händen.		Motorische Kraft in beiden rechten Extremitäten herabgesetzt. Nach allen lebhaften Bewegungen tritt in den unteren Extremitäten ein deutlicher Tremor auf, der in der Ruhe völlig schwindet. Allgemeine Schwäche.	Kein Kitzelreflex. Beiderseits Fussklonus und erhöhte Patellarreflexe. Nach Bewegungen ist die Reflexerregbarkeit stärker. Pupillen beiderseits gleich, von guter Reaction.				Gut genährt, aber mit schlaffer Muskulatur.				Geheilt.	Im Anfang Bettruhe und Kal. jod., später Bäder und Turnen.	Unfall.
22.	Kussat, Friedrich, Arbeiter. 49 J.	Dem Pt. fiel eine Anzahl mit Kunstdünger gefüllter Säcke auf die Schulter, er stürzte zu Boden und wurde vollständig von der Last begraben.	Angeblich ½ Stunde bewusstlos unter der Last gelegen. Beim Erwachen Schmerzen im Rücken, Gesäss, linken Bein und Scrotum.	Pt. ist sehr energielos.			Schmerzhaftigkeit des unteren Rückens, die ausstrahlt nach dem l. Bein und l. Hüfte. Lenden- und Kreuzwirbel druckschmerzhaft Schmerzpunkte an der Hinterseite des linken Ober- und Unterschenkels.		Starkes Hinken unter Schonung des linken Beines. Zittern im linken Bein, sobald Pt. auf demselben zu stehen versucht. Motorische Kraft beider Beine vermindert, bes. links.	Sehnenreflexe am linken Bein erhöht, Andeutung von Fussklonus.			Muskalatur des linken Oberschenkels etwas atrophisch.				Verdacht auf Simulation.	Geringe Besserung.	Im Anfang Ruhe, Blutegel an die Lendenwirbelsäule, später Uebungen, Massage, allgemeine Faradisation, Schwitzkur. Ableitung mit Canthariden u. Ungent. basilic. Bäder. Galvanisation. Innerlich: Natr. salic. kal. jodat.	Unfall.
23.	Schukala, Simon, Arbeiter. 31 J.	Quetschung der vorderen Bauchgegend, unbekannt wie.	Ruptura hepatis et pulmonum. Pneumonie.				Unterhalb des Sternums und im Rücken Schmerzen von abwechselnder Stärke, die in der Ruhe nur gering, bei Bewegungen an Stärke sehr zunehmen.						Atrophie des ganzen rechten Armes und der Schultermuskulatur, rechte Thoraxhälfte kleiner als die linke	Patient ist in seinem Ernährungszustande sehr heruntergekommen.				Ungeheilt entlassen.	Douchen, kalte Abreibungen und täglich Faradisation. Trockene Schröpfköpfe. Bäder Innerlich Tonica und Stomachica.	Klagen und objectiver Befund bilden einen grossen Gegensatz.
24.	Ivers, Wilhelm, Arbeiter. 36 J.	Ein ca. 100 Pfd. schwerer Balken fiel dem Patienten aus 4—5 m. Höhe auf den Nacken. Beim Zusammenbrechen schlug er mit der Brust auf den Rand einer Tonne auf.	Einige Minuten bewusstlos gewesen. Geringe Lungenblutung. Schmerzen im Nacken und in der Brust.				Druckgefühl und Schmerzen in der unteren Sternalgegend, die bei der Inspiration zunehmen.							Kräftig gebauter Mann in gutem Ernährungs-Zustande und von gutem Aussehen.			Aggravation?	Gebessert entlassen.	Innerlich Tct. Valer. aeth. Vesikator. Blutegel auf die Brust.	Auffallendes Missverhältniss zwischen den subjectiven Klagen des Patienten und dem objectiven Befunde. Unfall.

No.	Name.	Art des Trauma.	Directe Folgen desselben.	Störungen der Psyche und Intelligenz.	Schwindel.	Schlaf.	Anomalieen der Sensibilität	Anomalieen der Sinnesorgane.	Motilität	Verhalten der Reflexe und Sehnenphänomene.	Sprache.	Anderweitige Störungen im Gebiete der Hirnnerven.	Trophische Störungen.	Verdauungs- und Ernährungs-Zustand.	Blasen-, Mastdarm- und Geschlechts-funktionen.	Chronische Intoxicationen. Erbliche Belastung bezw. früher schon vorhandene Nervenkrankheiten.	Simulation und Aggravation.	Erfolg der Behandlung	Therapie.	Bemerkungen.
25.	Mumm, Friedrich, Arbeiter. 54 J.	Fall von einem beladenen Heuwagen direct auf den Scheitel.	1/4 Stunde bewusstlos gewesen. Blutung aus Mund und Nase. Lähmung des linken Armes, 2 Wochen lang Schwäche in den Beinen.	Keine psych. Störungen, Gesichtsausdruck dauernd trübe.	Schwindel im Kopfe.		Schmerzen im Hinterkopf. Sensibilität normal.	Augenbefund: R : S = 8/18 sonst normal. L : maculae corneae S = 8/36.	Beständiges Zittern des Kopfes, dessen Beweglichkeit nach allen Seiten eingeschränkt ist. Im Liegen verschwindet das Zittern. — Zittern des linken Armes, bei Bewegungen Zittern auch des linken Beines. Der Gang ist langsam und vorsichtig, das linke Bein wird dabei nachgeschleppt und weniger weit vorgesetzt als das rechte. Der ganze Körper zittert beim Gehen. — Grobe Kraft des linken Armes nur wenig verringert. Bei Augenschluss Zittern verstärkt. — Allgemeine Schwäche.	Links Fussklonus und erhöhter Patellarreflex.	Sprache langsam und monoton.	Parese des linken Abducens.	Linker Arm und Bein etwas atrophisch. Muskulatur im Allgemeinen sehr schlaff.	Sehr mässiger Ernährungszustand.		13 Jahre vor dem Trauma Schlaganfall welcher eine geringe Schwäche im linken Arm zurückgelassen hat. Später trat allmählig das Zittern des Kopfes auf.	Keine Simulation.	Ungeheilt entlassen.	Chinin-eisenpillen. Bäder.	Unfall. Patient ist präsenil.
26.	Barth, Wilhelm, Arbeiter. 40 J.	Beim Löschen eines Dampfers fiel dem Patienten ein ca. 1 Pfund schweres Kohlenstück auf den Kopf.	Ca. 2—3 Stunden bewusstlos resp. schwer besinnlich gewesen.	Beim Lesen ermüdet Patient sehr leicht, er macht einen neurasthenischen Eindruck. Etwas Hypochonder.	Schwindel, besonders beim Bücken.		Beständig Schmerzen in der rechten Kopfseite und im Hinterkopfe.	Gehör auf dem linken Ohr etwas herabgesetzt. Farbensinn normal. Gesichtsfeld frei. Flimmern vor dem rechten Auge.	Breitbeiniger schwankender Gang. Neigung bei geschlossenen Augen nach hinten überzufallen. Allgemeine Schwäche.								Aggravation.	Gebessert entlassen.	Tct. Chin. Allgemeine Faradisation. Bäder.	Unfall.
27.	Tietgen, Hans, Arbeiter. 67 J.	Pt. geriet mit der linken Hand in eine Sägemaschine.	Sämtliche Weichteile der Volarseite bis auf die Knochen scharf durchschnitten.	Pt. beschäftigt sich sehr viel mit dem erlittenen Unfall.		Schlaflosigkeit.	Schmerzen u. Parästhesieen im l. Arm und l. Hand, bes. in der Gegend der Narbe, die auch druckschmerzhaft ist. Kopfschmerzen, die mit Parästhesieen i. d. Herzgegend beginnen. Parästhesieen im ganzen Körper.		Supination und Pronation des linken Vorderarmes sehr beschränkt, etwas ist auch die Beweglichkeit im Schultergelenk vermindert.				Linker Arm in toto etwas magerer als der rechte.	Sehr guter Ernährungszustand.				Gebessert.	Kal. Brom. Massage. Passive Bewegungen. Bäder.	Erhing sich 8 Tage nach der Entlassung. Unfall.
28.	Schröter, Franz, Schachtmeister. 49 J.	Fall von einem Gerüst in ein 5 m. tiefes Baggerloch.	Einknickung der r. Clavicula. Quetschung der Halswirbelsäule und der rechten Rippen. ca. 1/4 Stunde lang bewusstlos gewesen.	Müde apathische Gesichtszüge. Neigung zu Trübsinn u. zum Weinen. Gedächtnissschwäche u. Unvermögen nachzudenken. Lesen auf längere Zeit nicht möglich. Alle geistigen Processe laufen langsam ab.	Anfälle von Mattigkeit verbunden mit Schwindelgefühl, beginnend mit abnormen Sensationen in der Brust. Bei den Anfällen Ohrensausen und bitterer Geschmack im Munde.		Schmerzen i. d. rechten Thoraxseite und unter dem Rippenbogen. Beim Gehen werden die Schmerzen so stark, dass Pt. kurzluftig wird und stehen bleiben muss. Ueber eine handgrosse, hyperästhetische Stelle, wo rechts Mammillarlinie und Rippenbogen sich schneiden.	Gesichtsfeld beiderseits concentrisch eingeengt. Centralscotom für Grün, Rot, Gelb und Blau. Hp. = 1. Beiderseits Papille leicht atrophisch.	Mehrmals tonisch-klonische Krämpfe in Armen und Beinen von kurzer Dauer, einhergehend mit Bewusstlosigkeit. Allgemeine Körperschwäche.	Pupillen weit von guter Reaction. Reflexe normal.				Grosser, kräftig gebauter Mann mit schlaffer Muskulatur und reichem, aber schlaffen Fettpolster.			Keine Simulation.	Ungeheilt.	Körperl. Uebungen. Faradicher Pinsel. Kalte Abreibungen. Trockene Schröpfköpfe. Bäder. Innerlich: Kal. brom. Tct. Valer. aeth.	Unfall.

No.	Name.	Art des Trauma.	Directe Folgen desselben.	Störungen der Psyche und Intelligenz.	Schwindel.	Schlaf.	Anomalieen der Sensibilität.	Anomalieen der Sinnesorgane.	Motilität.	Verhalten der Reflexe und Sehnenphänomene.	Sprache.	Anderweitige Störungen im Gebiete der Hirnnerven.	Trophische Störungen.	Verdauungs- und Ernährungs-Zustand.	Blasen-, Mastdarm- und Geschlechts-funktionen.	Chronische Intoxicationen. Erbliche Belastung bezw. früher schon vorhandene Nervenkrankheiten.	Simulation und Aggravation.	Erfolg der Behandlung.	Therapie	Bemerkungen.
29.	Wiesmann, Heinrich, Maschinist. 36 J.	Dem Pt. fiel bei der Reparatur eines Schiffes ein 50 ℔ schweres Brett auf den Kopf.	Er stürzte besinnungslos zu Boden, erholte sich aber sehr bald und setzte seine Arbeit weiter fort.	Die Intelligenz ist entschieden vermindert.	Häufig starker Schwindel.		Bei der Aufnahme wird die rechte Kopfseite als schmerzhaft beim Beklopfen bezeichnet, später auch die linke Kopf- und Nackenseite.	Am Augenbefund nichts Abnormes.	Parese des rechten Armes und der rechten Gesichtshälfte.	Reflexe sind nicht verändert.	Motorische und sensorische Aphasie.			Guter Ernährungszustand.		Chronischer Alkoholismus.		Gebessert entlassen.	Eisblase auf den Kopf. Blutegel.	Ca. 2 Monate post trauma Apoplexie, die die rechte Körperseite lähmte. Unfall.
30.	Teilmann, Gottlieb, Schmied. 47 J.	Nach einer heftigen, kraftvollen Extension, um den Kolben einer Maschine niederzudrücken, Lähmung des rechten Armes.	Völlige Lähmung des rechten Armes, aus dem das Gefühl ebenfalls vollständig verschwunden ist. Schwellung der Hand und des Armes.	Starke psychische Depression.			Sensibilität nirgends gestört.		Völlige Lähmung des rechten Armes, nur der kleine Finger und der Daumen können ganz wenig bewegt werden. Auch die Bewegung des Trapezius und Levator scapulae weniger ausgiebig. Galvanische und faradische Erregbarkeit herabgesetzt.				Cyanose des gelähmten Armes, mässige Abmagerung seiner Muskulatur. Conturen der Schulter weniger abgerundet als links.	Kräftiger, muskulöser Mann.			Simulation ausgeschlossen.	Ungeheilt.	Galvanisation und Faradisation. Bäder.	Objectiver Befund und elektrisches Verhalten wie bei cerebraler Lähmung. Unfall.
31.	Joost, Wilhelm, Tuchmacher. 18 J.	Sprung aus einem Fenster des 2. Stockwerkes gelegentlich eines Brandes.	Ca. 1/4 Stunde lang bewusstlos gewesen. Kleine Verletzungen an Fuss und Knie.	Deprimirte Stimmung.		Der Schlaf wird durch Harndrang mehrmals während der Nacht unterbrochen.	Schmerzen im Abdomen, bes. in der Blasen- und Nierengegend. Kolikartige Schmerzanfälle, verbunden mit Zittern am ganzen Körper.	Keine Gesichtsfeldanomalieen.	Allgemeine Körperschwäche.					Gracil gebauter, etwas anämischer junger Mann in mittlerem Ernährungszustand.	Pat. lässt ca. alle 2 Stunden Urin, mehrmals auch während der Nacht. Oft Urinretention, sodass catheterisirt werden muss. Urin völlig normal.			Gebessert.	Tct. Val. aether. Tct. ferri. Douchen. Cauterisation längs der Lendenwirbelsäule (guter Erfolg). Vesikator in den Nacken.	Kein Unfall.
32.	Köster, Andreas, Arbeiter. 41 J.	Eine ca. 4 Centner schwere Wagenklappe fiel dem Pt. auf den Hinterkopf, er fiel zu Boden und schlug mit dem Kopf auf eine Eisenbahnschiene auf.	Kurze Bewusstlosigkeit. Fleischwunde auf der Stirn, die per primam heilte. Erbrechen unmittelbar nach dem Unfall.	Verschlossenes Wesen, meist trübe Stimmung.	Schwindel beim Bücken und bei allen Anstrengungen.	Schlaf durch die Kopfschmerzen sehr beeinträchtigt.	Beständige an Intensität wechselnde Kopfschmerzen.		Zittern des Kopfes, der herausgestreckten Zunge und ausgestreckten Arme und Hände. Steife Haltung des Kopfes, der stets nach vornüber gebeugt gehalten wird.	Patellarreflexe gesteigert.						Chronischer Alkoholist. (Potator strenuus).	Keine Simulation.	Wenig gebessert.	Innerlich: Kal. Brom. Kal. jod. Vesikator in den Nacken. Ableitung mit Ung. tart. stib. auf den Scheitel. Massage. Turnerische Übungen.	Unfall.

No.	Name.	Art des Trauma.	Directe Folgen desselben.	Störungen der Psyche und Intelligenz.	Schwindel.	Schlaf.	Anomalieen der Sensibilität.	Anomalieen der Sinnesorgane.	Motilität.	Verhalten der Reflexe und Sehnenphänomene.	Sprache.	Anderweitige Störungen im Gebiete der Hirnnerven.	Trophische Störungen.	Verdauungs- und Ernährungs-Zustand.	Blasen-, Mastdarm- und Geschlechtsfunctionen.	Chronische Intoxicationen. Erbliche Belastung bezw. früher schon vorhandene Nervenkrankheiten.	Simulation und Aggravation.	Erfolg der Behandlung.	Therapie.	Bemerkungen.
33.	Wigmann, Christian, Everführer. 56 J.	1888 Fall auf den Hinterkopf von einem Stapel Säcke in eine 13 Fuss tiefe Schute. 1892 neuer Unfall unbekannter Art.	Der letzte Unfall führte zur Fraktur zweier rechter Rippen.	Bei der Untersuchung ist Pt. stets sehr erregt. (112 Pulse). Trübe Gemütsstimmung.	Schwindel bei Anstrengungen und beim Bücken.	Häufig unterbrochener, unruhiger Schlaf.	Beständige Kopfschmerzen, die sich bei Bewegungen steigern.	S=$^{8}/_{12}$ Centralscotom für Grün. Rechts gerötete und geschwollene Papille mit beginnender Atrophie.	Starker Tremor der ausgestreckten Hände.	Patellarreflexe beiderseits erhöht. Die Sehnenreflexe an Armen und Beinen sind leicht hervorzurufen.						Kein Alkoholist.	Simulation ist ausgeschlossen.	Ungeheilt geblieben.	Nur wenige Tage im Krankenhaus gewesen.	Nahm sich später das Leben, weil ihm keine Rente bewilligt wurde. Unfall.
34.	Michaelsen, Hans, Arbeiter. 46 J.	Beim Löschen eines Kohlendampfers fiel dem Pt. ein ca. 70 ℔ schweres Kohlenstück auf den linken Oberschenkel.	Pt. einige Stunden bewusstlos gewesen. Nach dem Erwachen bemerkte er, dass Vorder- und Aussenseite des linken Oberschenkels ohne Gefühl waren; daselbst ausgedehnte Suggillationen.	Stimmung dauernd trübe, oft weinerlich.		Der Schlaf wird oft durch die Schmerzen im Oberschenkel gestört.	Reissende Schmerzen im linken Bein, bes. im Oberschenkel, im Gebiete des Cruralis und Ischiadicus. Hyperästhesie des ganzen linken Unterschenkels. Die Nervenstämme sind druckempfindlich.	Unvollkommene Rotgrünblindheit, sonst nichts Abnormes am Augenbefund.	Klonische Zuckungen in der Muskulatur des linken Oberschenkels, die auch in der Ruhe vorhanden sind, im Schlafe aber verschwinden. Am stärksten sind sie im Gebiete des Quadriceps. Die Beweglichkeit des Kniegelenkes ist sehr dadurch beeinträchtigt.	Links Kniephänomen verstärkt, kein Fussklonus.								Ungeheilt.	Galvanisation. Bäder. Kal. jod. Tct. Valer. aeth.	Unfall.
35.	Röhse, Matthias, Arbeiter. 35 J.	Beim Baumfällen fiel dem Pt. ein ca. 2 m. langer, schwerer Ast auf Hinterhaupt und Rücken.	Quetschung der linken Brust und des Rückens mit Verletzung der Lunge, anschliessend Pneumonie.	Stets schlaffe Haltung und trübe Stimmung. Pt. hält jede abnorme Sensation für das Symptom einer schweren Erkrankung.			Schmerzen verschiedensten Charakters und an den verschiedensten Orten. Meist werden sie in die linke Brustseite verlegt.		Allgemeine Körperschwäche.					Kräftiger Mann in gutem Ernährungszustande.					Ungeheilt entlassen.	Trockene Schröpfköpfe. Kalte Abreibungen.	Der sehr geringe objective Befund steht in auffallendem Gegensatz zu den Klagen des Pt. Unfall.
36.	Hansen, Carl, Arbeiter. 36 J.	Aus 8 m. Höhe fiel dem Pt. eine Baggerkette auf die Stirn.	Drei offene Wunden auf der Stirn.	Einsilbiges verschlossenes Wesen, trübe Gemütsstimmung. Pt. giebt an, dass sein Gedächtniss seit dem Unfall abgenommen habe.	Schwindel mit Flimmern vor den Augen.	Unruhiger Schlaf, der häufig durch Träume unterbrochen wird.	Schmerzen von wechselnder Heftigkeit in Stirn und Hinterhaupt. Die drei Narben auf der Stirn sind druckschmerzhaft.	Ausser geringem Astigmatismus nichts Besonderes am Augenbefund.	Geringer Tremor im ausgestreckten rechten Arm und rechter Hand.	Reflexe nicht verändert.				Gut genährter, kräftiger Mann mit reichlichem Fettpolster.			Keine Simulation.	Ungeheilt geblieben.	Innerlich: Natr. salic. Natr. brom. Bäder. Galvanisation, fliegende Vesikatore.	Unfall.

No.	Name.	Art des Trauma.	Directe Folgen desselben.	Störungen der Psyche und Intelligenz.	Schwindel.	Schlaf.	Anomalieen der Sensibilität.	Anomalieen der Sinnesorgane.	Motilität.	Verhalten der Reflexe und Sehnenphänomene.	Sprache.	Anderweitige Störungen im Gebiete der Hirnnerven.	Trophische Störungen.	Verdauungs- und Ernährungs-Zustand.	Blasen-, Mastdarm- und Geschlechtsfunktionen.	Chronische Intoxicationen. Erbliche Belastung bezw. früher schon vorhandene Nervenkrankheiten.	Simulation und Aggravation.	Erfolg der Behandlung.	Therapie.	Bemerkungen.
37.	Jürgensen, Martin, Landmann. 45 J.	Sprung vom Wagen beim Durchgehen der Pferde.	Kurze Bewusstlosigkeit. Fraktur des rechten Oberschenkels, auf dem Kopf eine offene Wunde.	Pt. denkt viel über seinen Unfall nach, bes. über die Folgen, die er eventuell haben könnte. Seine Stimmung ist eine trübe, hypochondrische. Pt. ist leicht erregbar.			Kopfschmerzen. Klagen über allerlei abnorme Sensationen im Kopfe, die bes. bei schlechtem Wetter auftreten sollen. Sensibilität nirgends gestört.	Augenbefund normal.	Geringe Behinderung im Gebrauche des rechten Beines, herrührend von der schlecht geheilten Fraktur.	Patellarreflexe erhöht, Andeutung von Fussklonus.			Das rechte Bein etwas atrophisch.	Grosser kräftiger Mann mit guter Muskulatur.				Erhebliche Besserung.	Anfangs Bäder, Massage der Nackenmuskulatur Natr. salic. ohne Erfolg; dann erhebliche Besserung durch fliegende Vesikatore.	Unfall.
38.	Borrmann, Louise, Dienstmagd. 35 J.	Fall von einem Milchwagen.	Wunde in der Glutaealgegend.	Sehr abstossendes Wesen, zeitweise Selbstmordgedanken und Geistesstörungen.	Schwindel beim Gehen und Stehen, damit verbunden ein Gefühl von Uebelkeit.		Wirbelsäule druckschmerzhaft ebenso die Austrittsstellen des Supra- und Infraorbitalis. Beständig Kopfschmerzen, dabei starke Druckempfindlichkeit des ganzen Kopfes	Keine Anomalieen im Augenbefund.	Starke Unsicherheit des Ganges. Pt. schwankt sehr beim Gehen und fällt beim Stehen leicht nach hinten über.	Sehnen- und Fusssohlenreflexe erhöht.				Guter Ernährungszustand, kräftige Muskulatur.				† Dementia paralytica, Pachymeningitis hämorrhagica.		Unfall.
39.	Hoffmann, Heinrich, Werkführer. 29 J.	Dem Pt. fiel ein 5 ℔ schwerer Eisenkeil aus ca. 4 m. Höhe auf den Kopf.	Ca. 3 cm. lange Wunde auf der rechten Seite des behaarten Kopfes. Keine Bewusstlosigkeit.	Blöde, ängstliche Gesichtszüge. Schlechtes Gedächtniss und geistige Schwäche.			Rechte Kopfseite druckempfindlich. Anfallsweise Schmerzen darin, besonders am Morgen und nach Bücken. Die Anfälle gehen mit Bewusstlosigkeit einher. Sensibilität überall intakt.	Beiderseits $S = {}^{6}/_{18}$ Objective Hp. = 6,0. Trübungen der Linsen.		Pupillenreaction nicht gestört, Pupillen gleichweit. Reflexe ohne Anomalieen.							Keine Simulation; vielleicht übertreibt Pt. ein wenig.	Ungeheilt.	Innerlich Chinin, Kal. jod. Ableitung mit Tartarussalbe auf dem Scheitel. Allgemeine Faradisation.	Unfall.
40.	Tams, Jürgen, Zimmermann. 36 J.	Pt. fiel aus beträchtlicher Höhe der Holzteil eines Flaschenzuges gegen die rechte Kopfseite und auf die rechte Schulter.	Er fiel bewusstlos zu Boden, erholte sich aber schnell. Ausser Schwellung der getroffenen Partieen keine lokalen Veränderungen.	Pt., der vorher geistig normal war, wurde streitsüchtig und launenhaft. Die Reizbarkeit nahm zu und steigerte sich bis zum Ausbruch von Tobsucht. Er bekam fixe Wahnideen, unter denen die vom Reichthum seiner Frau in den Vordergrund traten.		Bisweilen sehr unruhiger Schlaf.	Nach dem Trauma anfangs nur geringe Kopfschmerzen und Schmerzen in der Schulter, sowie allgemeines Unwohlsein, deren Stärke bis zum Ausbruch der Psychose beständig zunahmen.	Augenbefund ohne Anomalieen.							Häufige Störungen der Urinentleerung beruhten auf einer Strictur in der Pars membranacea.	Chronischer Alkoholismus.		Ungeheilt.	Pt. wurde der Irrenanstalt zu Schleswig übergeben.	Er wurde dort 3 Monate lang behandelt und als geheilt entlassen. Nachher hatte er aber noch so starke Kopfschmerzen, dass er arbeitsunfähig blieb. Unfall.

Lebenslauf.

Geboren wurde ich, Wilhelm Schütz, evangelischer Confession, am 23. April 1869 zu Neu-Ruppin als Sohn des verstorbenen Fuhrherrn und Landwirtes Wilhelm Schütz. Von Ostern 1875 an besuchte ich bis Michaelis 1879 die Bürgerschule meiner Vaterstadt, dann bezog ich das Gymnasium daselbst, das ich Ostern 1889 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Vom 1. April 1889 bis zum 1, April 1890 genügte ich meiner Dienstpflicht beim 24. Inf.-Rgt. zu Neu-Ruppin. Darauf bezog ich die Universitäten Berlin, Tübingen, Freiburg, wo ich am 23. Februar 1892 das Tentamen physicum bestand, und Kiel. Auf letzterer Universität beendigte ich am 16. Januar 1895 das ärztliche Staatsexamen und bestand am 26. dess. Monats daselbst das Examen rigorosum.